

Клинические рекомендации

## **АРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **M19.0**

Возрастная категория: **взрослые**

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- **Стоматологическая Ассоциация России**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	2
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация.....	8
1.1 Определение.....	8
1.2 Этиология и патогенез.....	8
1.3 Эпидемиология.....	9
1.4 Особенности кодирования по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	9
1.5 Классификация.....	9
1.6 Клиническая картина.....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	11
2.1 Жалобы и анамнез.....	11
2.2 Физикальное обследование.....	11
2.2.1 Внешний осмотр.....	12
2.2.2 Обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.....	13
2.2.3 Пальпация височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.....	14
2.2.4 Анализ суставного шума (аускультация).....	14
2.2.5 Осмотр полости рта.....	15
2.2.5.1 Осмотр слизистой оболочки.....	15
2.2.5.2 Осмотр зубов.....	15
2.2.5.3 Осмотр зубных рядов.....	16
2.2.5.4 Изучение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов в полости рта.....	17
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	18
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	19
2.4.1 Инструментальная диагностика.....	19
2.4.1.1 Антропоморфометрическое изучение диагностических моделей челюстей. Анализ моделей челюстей в артикуляторе.....	19

2.4.1.2 Аксиография височно-нижнечелюстного сустава.....	20
2.4.1.3 Электромиография накожная.....	20
2.4.2 Лучевая диагностика.....	21
2.4.2.1 Компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов.....	21
2.4.2.2 Магнитно-резонансная томография суставов.....	21
2.5 Иные диагностические исследования.....	22
2.5.1 Психодиагностические методы.....	22
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	23
3.1 Консервативное лечение.....	23
3.1.1 Психотерапия.....	24
3.1.2 Фармакотерапия.....	24
3.1.3 Физиотерапия.....	26
3.1.4 Лечебная физкультура жевательных мышц.....	26
3.1.5 Массаж жевательных мышц.....	27
3.1.6 Остеопатические сеансы.....	28
3.1.7 Аппаратурное лечение.....	28
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	29
6. Организация медицинской помощи.....	31
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	31
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	32
Список литературы.....	33
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	38
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	39

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	42
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	44
Приложение В. Информация для пациента.....	45
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	46

## **Список сокращений**

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

КЛКТ – конусно-лучевая компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

ЦНС – центральная нервная система

## Термины и определения

- **Аксиография** – внеротовой графический метод регистрации траекторий различных перемещений нижней челюсти в трех взаимно перпендикулярных плоскостях.
- **Артрит** (гр. arthron – сустав) – воспалительное заболевание суставов.
- **Артроз** (гр. arthron – сустав) – хроническое поражение сустава дистрофически-дегенеративного характера с элементами асептического воспаления.
- **Аускультация** – процесс выявления состояния различных частей тела выслушиванием звуков, которые они издают при своей деятельности или патологии.
- **Компьютерная томография** – рентгенологический метод получения различных срезов организма человека на любом уровне, основанный на сканировании объекта пучком рентгеновских лучей и компьютерной реконструкцией полученного изображения.
- **Крепитация** (лат. crepitus – шум, потрескивание, crepitare – скрипеть, хрустеть) – своеобразный звук в виде хруста, выслушиваемый, в частности, в суставе при движении его элементов и наличии в них патологических изменений. Звуки крепитации напоминают потрескивание мелкой соли, насыпаемой в огонь или трение волос между пальцами.
- **Магнитно-резонансная томография** – способ получения томографических изображений для исследования внутренних органов и тканей с использованием явления ядерного магнитного резонанса.
- **Метод лечения аппаратурный** – лечение зубочелюстных аномалий различными механическими приспособлениями с помощью которых удастся изменить в желаемом направлении взаимоотношение зубных рядов, отдельных зубов.
- **Мышцы жевательные** – прикрепляемые к нижней челюсти мышцы, способные со значительным усилием ее перемещать, принимая активное участие в акте жевания. К ним относят: собственно жевательную, височную, крыловидную медиальную, крыловидную латеральную, подъязычную, двубрюшную, подбородочно-подъязычную мышцы.
- **Напряжение эмоциональное** (фр. emotion < лат. emotere – возбуждать, волновать) – неспецифическая нейрогуморальная реакция, состояние, возникшее в процессе деятельности или общения, при котором преобладает эмоциональный компонент. Оно обычно для ситуации, где велика опасность или ответственность. Встречается в экстремальных состояниях, но может быть выражено и при обычных условиях у людей с высокой степенью тревожности или малым опытом.

- **Окклюзия** (лат. *occlusus* – запертый) – смыкание зубных рядов или отдельных групп зубов–антагонистов в течение большего или меньшего отрезка времени. В практических целях выделяют пять видов окклюзии: центральную, переднюю, заднюю, боковую левую, боковую правую. Каждая из них характеризуется зубными, мышечными, суставными признаками.
- **Окклюзия патологическая** (гр. *pathos* – страдание + *logos* – понятие, умение) – смыкание зубов, при котором имеет место нарушение формы и функции жевательного аппарата.
- **Окклюзия травматическая** (гр. *trauma* [*traumatosis*] – повреждение) – смыкание зубов, при котором имеет место функциональная перегрузка пародонта.
- **Парафункции жевательных мышц** (гр. *para* – возле, при + *functio* – исполнение, деятельность) – их нецелесообразная деятельность, выражающаяся в самопроизвольных привычных движениях нижней челюсти или сжатии зубов, не связанных с естественными актами (жеванием, глотанием, речью).
- **Спазм мышечный** (гр. *spasma*) – длительная тоническая судорога определенной мышцы или мышечной группы. Причинами являются заболевания ЦНС, боль, в частности, в рядом расположенном суставе, помехи функциональной деятельности.
- **Сустав височно-нижнечелюстной** – блоковидное сочленение нижней челюсти с височной костью. Его особенностью является наличие суставного диска и несоответствие сочлененных поверхностей. Функционально – это парный сустав, представляющий собой в совокупности одно комбинированное сочленение. При движении в суставе возможно опускание и поднятие нижней челюсти, движение ее вперед, назад и в сторону (направо и налево). Сустав образован головкой нижней челюсти, нижнечелюстной ямкой и суставным бугорком височной кости. В полости сустава располагается двояковогнутая овальной формы хрящевая пластинка – суставной диск. Сустав имеет связки и двуслойную капсулу.
- **Тонус** (лат. *tonus* – гр. *tonos* – напряжение, натяжение) – длительное возбуждение нервной системы или мышечной ткани, не сопровождающееся утомлением.
- **Электромиография** – метод исследования жевательно-речевого аппарата путем графической регистрации биопотенциалов жевательных мышц.

# 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

Артроз – хроническое заболевание височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), характеризующееся дистрофическими и дегенеративными изменениями всех его тканей с элементами асептического воспаления [18].

## 1.2 Этиология и патогенез

Развитие артроза ВНЧС обусловлено внутренними нарушениями сочленения, к которым, прежде всего, относят окклюзионные факторы: потеря боковых зубов, деформации окклюзионной поверхности с блокированием движений нижней челюсти, зубочелюстные аномалии, повышенная стираемость твердых тканей зубов, преждевременные окклюзионные контакты при нерациональном протезировании, парафункции жевательных мышц, привычное одностороннее жевание и т.п [5, 8, 55].

В основе патологоанатомических изменений при артрозе лежат прогрессирующие дистрофические и дегенеративные процессы в суставном хряще и диске, сопровождающиеся деформацией суставных поверхностей. Артроз развивается при нарушении равновесия между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. Длительно существующая нагрузка на ткани ВНЧС приводит к ухудшению кровоснабжения хрящевой ткани. В связи с этим хрящ набухает, теряет эластичность, на его поверхности образуются трещины. Костная ткань приспосабливается к перегрузке либо путем увеличения площади суставных поверхностей за счет образования краевых костных разрастаний — деформирующий артроз, либо посредством уплотнения кортикальных пластинок, то есть субхондрального склероза. Нередки случаи их сочетания [1, 22, 37].

Дистрофия хряща постепенно прогрессирует, происходит его сошлифовывание, истончение и отслаивание. Наступает деформация и адгезия суставного за счет спаечного процесса. В дальнейшем патологический процесс переходит на костные структуры сустава. Это, в свою очередь, приводит к деформации головки нижней челюсти, которая приобретает грибовидную, крючковидную, клювовидную, булавовидную, копьевидную и другие формы [11, 17].

При развившейся клинической картине на поверхности головки нижней челюсти вследствие остеопороза образуются узуры. Такая головка имеет изъеденную кратерообразную форму. Возможно также образование на ее поверхности костных экзостозов, которые во время движения нижней челюсти будут травмировать хрящ,

выстилающий суставную впадину. Отлом экзостозов приводит к образованию внутрисуставных тел (ими же могут являться фрагменты некротизированного хряща) [2, 18].

### **1.3 Эпидемиология**

Артрозы височно-нижнечелюстного сустава относятся к числу довольно распространенных заболеваний, весьма упорных по своему клиническому течению и плохо поддающихся лечению. Артрозы ВНЧС часто приводят к инвалидизации и снижению качества жизни пациентов. С возрастом распространенность заболевания увеличивается. Чаще заболевания встречается у женщин.

Клинические признаки артроза ВНЧС обнаруживаются у 8-16% пациентов с заболеваниями ВНЧС. Рентгенологические доказательства артроза сустава выявляются у 14-44% пациентов. В популяции пожилых людей распространенность артроза ВНЧС достигает 36% [29, 46].

### **1.4 Особенности кодирования по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Класс XIII Болезни костно-мышечной системы

Артрозы

M19.0 Первичный артроз других суставов

M19.0X Височно-нижнечелюстного сустава

### **1.5 Классификация**

Классификация по течению заболевания:

- склерозирующий артроз;
- деформирующий артроз [17].

### **1.6 Клиническая картина**

Клиническими симптомами артроза ВНЧС являются:

- хруст, щелканье в ВНЧС;
- ноющая односторонняя тупая боль;

- тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти по утрам или во время приема пищи;
- ограниченное открывание рта (3,5-3 см и менее);
- смещение нижней челюсти в сторону при открывании рта;
- напряжение, скованность, утомляемость жевательных мышц;
- комплекс симптомов, входящий в синдром болевой дисфункции ВНЧС (гипертонус жевательных мышц, скрежетание, сжатие зубов, беспищевое жевание, тризм и тремор жевательных мышц, головные боли, головокружение, парестезия слизистой оболочки полости рта и носа, заложенность и чувство пересыпания песка в ушах, звон и шум в ушах, понижение слуха) [1, 2, 8, 11, 17, 18, 22, 55].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

**Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым артрозом ВНЧС целенаправленное выявление жалоб на следующие симптомы:

- хруст, щелканье в ВНЧС;
- боль в области ВНЧС (уточняя, ее характер и локализацию);
- скованность движений, тугоподвижность, ограничение открывания рта;
- напряжение, скованность, утомляемость ВНЧС и жевательных мышц;
- скрежет, сжатие зубов;
- тризм и тремор жевательных мышц;
- головные боли, головокружение;
- парестезию слизистой оболочки полости рта и носа;
- заложенность и чувство пересыпания песка в ушах, звон и шум в ушах, понижение слуха [1, 2, 8, 11, 17, 18, 22, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)**

***Комментарий:** Выясняют время возникновения субъективных ощущений и последовательность их развития, факторы, предшествующие настоящему заболеванию, наследственную отягощенность, характер ранее проведенного ортопедического, ортодонтического или комплексного лечения и их эффективность.*

### **2.2 Физикальное обследование**

Критерии установления диагноза/состояния на основании патогномичных данных:

1. Наличие в анамнезе боли, щелканья и/или хруста в ВНЧС, блокирования движений нижней челюсти, ограничения открывания рта;
2. При внешнем осмотре — асимметрия лица, сопряженная со смещением подбородка или обусловленная гипертрофией жевательных мышц;
3. При обследовании ВНЧС и жевательных мышц — ограниченная амплитуда движений нижней челюсти, толчкообразные движения нижней челюсти;

4. При пальпации ВНЧС и жевательных мышц — боль в суставе и/или жевательных мышцах, гипертрофия жевательных мышц, толчкообразные движения головок нижней челюсти;
5. При осмотре слизистой оболочки полости рта — отпечатки зубов на слизистой оболочке щек и боковых поверхностях языка;
6. При инструментальном обследовании:
  - при антропоморфометрическом изучении челюстей в артикуляторе и компьютерном изучении окклюзионных контактов в полости рта — наличие преждевременных контактов зубных рядов;
  - при аксиографии — ограничение движений нижней челюсти, отклонение траектории открывания рта от вертикальной средней линии;
  - на КЛКТ ВНЧС — выраженное изменение морфологии и/или положения) головок нижней челюсти;
  - на МРТ ВНЧС — выраженное изменение морфологии и/или положения суставного диска;
  - при использовании психометрических методик — изменение патохарактерологических особенностей личности [1, 2, 3, 8, 11, 17, 18, 21, 22, 44, 55].

### **2.2.1 Внешний осмотр**

**Рекомендуется** при физикальном обследовании пациентов с артрозом ВНЧС помимо обязательного общеклинического осмотра определять:

- тип лица (треугольное / прямоугольное / овальное);
- симметричность лица (симметрично / асимметрия, сопряженная со смещением подбородка / возникшая вследствие неодинаковой степени развития правой и левой жевательных мышц);
- выражение лица (спокойное / напряженное);
- состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, сыпь, рубцы);
- соотношение нижнего отдела лица с остальными его отделами (гармоничные соотношения трех отделов лица (верхнего, среднего и нижнего) / нарушение нормального соотношения трех отделов лица).
- выраженность подбородочных и носогубных складок (сглажены / умеренно выражены / углублены);
- характер смыкания губ (свободное / напряженное);
- углы рта (приподняты / опущены), наличие заед;

- степень обнажения передних зубов при разговоре, улыбке (обнажается на 1/2 высоты клинической коронки / десневой тип улыбки);
- положение подбородка (прямое / выступает / западает / смещен в сторону) [1, 11, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)**

### **2.2.2 Обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц**

Рекомендуется у пациентов с артрозом ВНЧС изучать:

- амплитуду свободных движений нижней челюсти (в полном объеме / ограниченная / свободная / с затруднением);
- характер движений нижней челюсти (плавные / поступательные / равномерные / толчкообразные / со смещением вправо, влево).
- привычную сторону жевания (попеременно обе / правая / левая);
- степень развития жевательных мышц (нормальная / слабо контурируются / гипертрофированы / асимметрия / «игра» жевательных мышц, то есть появление «желваков» на щеках) [8, 11, 18, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)**

*Комментарий:* Оценку величины максимального открывания рта проводят при анализе расстояния между режущими краями верхних и нижних резцов (в норме 40–45 мм, чрезмерное открывание — 46–50 мм и более, ограниченное открывание — менее 40 мм).

Движения нижней челюсти оценивают на основании изменения положения точки, установленной между нижними центральными резцами. При этом возможны следующие варианты:

а) установленная точка перемещается без боковых отклонений (нормальное, прямое поступательное движение);

б) прямое, но толчкообразное перемещение без боковых отклонений;

в) зигзагообразное смещение в трансверзальном направлении с пологой или крутой волной разной величины;

г) смещение точки в сторону при смыкании челюстей в центральной окклюзии;

д) смещение точки при максимальном открывании рта и отсутствие смещения в положении центральной окклюзии.

### **2.2.3 Пальпация височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС проводить пальпацию височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. При этом определяют:

- боль при пальпации височно-нижнечелюстного сустава (нет / имеет место);
- характер движений головок нижней челюсти (плавные / толчкообразные / синхронные / асинхронные / со смещением влево, вправо);
- состояние при пальпации жевательных мышц (безболезненная / не вызывающая спазма / при пальпации возникают: боль, спазм, напряжение);

тонус жевательных мышц (нормальный / гипертонус незначительный, умеренный, выраженный, резкий / гипотонус незначительный, умеренный, выраженный / односторонние, двусторонние нарушения) [18, 20, 44, 55].

***Комментарий:** Пальпация жевательных мышц и ВНЧС у пациентов с подозрением на артроз, чаще всего, безболезненна или слабо болезненна.*

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

#### **2.2.4 Анализ суставного шума (аускультация)**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС выяснять наличие суставного шума (крепитации) – симптома патологии ВНЧС, который можно определить пальпаторно (пальпация передней стенки наружного слухового прохода при различных движениях нижней челюсти) или с помощью стетофонендоскопа (звуки отсутствуют / крепитация / хруст / шелканье; связаны с движением нижней челюсти: вертикальными, сагиттальными, трансверзальными / не связаны с движением нижней челюсти) [19, 44, 55].

***Комментарий:** Возникновение щелчка в конце открывания и в начале закрывания рта при артрозе ВНЧС связано с появлением костного выступа на передней поверхности головки нижней челюсти при деформирующем артрозе, а также за счет ослабления связочного аппарата, следствием чего является чрезмерная подвижность головки нижней челюсти с выходом ее за пределы суставного бугорка, т.е. возникновение вывиха или подвывиха ВНЧС.*

*Другим, часто встречающимся шумом в суставе при артрозе ВНЧС, является хруст, возникающий за счет скольжения головки по сморщенному диску или при его проскальзывании через головку нижней челюсти.*

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

## **2.2.5 Осмотр полости рта**

### **2.2.5.1 Осмотр слизистой оболочки**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС выявлять наличие патологических изменений слизистой оболочки полости рта (видимых патологических изменений нет / имеются отпечатки зубов на слизистой оболочке щек и боковых поверхностях языка) [3, 8, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

### **2.2.5.2 Осмотр зубов**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС изучать:

- форму зубов (не изменена / изменена: зубы шиповидные, кубовидные, бочковидные, другой формы; указать, каких именно зубов);
- величину зубов (не изменена / изменена: макроденития, микроденития; указать, каких именно зубов);
- положение и наклон зубов [не изменено / изменено: вестибулярное, оральное, мезиальное, дистальное, супрапозиция, инфрапозиция, поворот по оси (тортоаномалия), транспозиция; указать, каких именно зубов];
- другие аномалии отдельных зубов (отсутствуют / имеют место; указать, какие именно и каких зубов);
- чувствительность шеек зубов (зондирование безболезненно / слабо болезненно / резко болезненно; указать, каких именно зубов);
- патологическая подвижность зубов (отсутствие подвижности зубов / 1-й степени / 2-й степени / 3-й степени / 4-й степени по Энтину; указать, каких именно зубов);
- дефекты коронковой части зубов [нет / имеются (класс по Блеку) / клиновидный дефект; указать, каких именно зубов];
- наличие повышенной стираемости твердых тканей зубов (компенсированная / субкомпенсированная / некомпенсированная; очаговая / разлитая; горизонтальная / вертикальная / смешанная; 1-й степени / 2-й степени / 3-й степени; фасетки стирания / сколы / кратеры / трещины; указать, каких именно зубов) [1, 8, 11, 17, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

### 2.2.5.3 Осмотр зубных рядов

Рекомендуется у пациентов с артрозом ВНЧС выявлять и определять:

- аномалии зубных рядов (отсутствуют / имеют место: сужение / расширение; удлинение / укорочение; нарушение симметричности расположения зубов / скученное положение зубов / наличие трем и диастем);
- характер дефектов зубных рядов: концевой, включенный; систематизация зубных рядов с дефектами [с односторонним концевым дефектом / с двусторонним концевым дефектом / с односторонним включенным дефектом бокового отдела зубного ряда / с двусторонним включенным дефектом бокового отдела зубного ряда / с включенным дефектом переднего отдела зубного ряда / комбинированный дефект (концевой и включенный в одном зубном ряду) / одиночно сохранившиеся зубы / интактные зубные ряды на верхней и нижней челюстях];
- протяженность дефектов зубных рядов [малая (от 1 до 3 зубов) / средняя (от 4 до 6 зубов) / большая (более 6 зубов) на верхней и нижней челюстях];
- деформации окклюзионной поверхности зубных рядов (отсутствуют / вертикальное одностороннее зубоальвеолярное удлинение верхних зубов / вертикальное двустороннее зубоальвеолярное удлинение верхних зубов / вертикальное одностороннее зубоальвеолярное удлинение нижних зубов / вертикальное двустороннее зубоальвеолярное удлинение нижних зубов / взаимное вертикальное зубоальвеолярное удлинение / мезиальное или дистальное смещение или наклон зубов верхней челюсти / мезиальное или дистальное корпусное смещение или наклон зубов нижней челюсти / язычный, небный, щечный наклон зубов верхней и нижней челюстей / зубоальвеолярное укорочение / комбинированное смещение зубов; указать, каких именно зубов);
- межальвеолярную высоту (фиксированная / нефиксированная; нормальная / увеличена / уменьшена);
- вид прикуса (нормальный ортогнатический / переходные формы: прямой / ортогнатический с протрузией передних зубов / ортогнатический с ретрузией передних зубов / ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием / аномальные формы: мезиальный / дистальный / открытый / глубокий / перекрестный односторонний / перекрестный двусторонний);
- для обладателей протезов — состояние тканей протезного ложа, определяется ли стираемость коронок зубов и их различные механические повреждения: сколы, трещины, отломы;
- зубную формулу [1, 8, 11, 17, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

#### **2.2.5.4 Изучение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов в полости рта**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС изучать окклюзионные взаимоотношения зубных рядов для выявления и последующего устранения преждевременных окклюзионных контактов. Процедуру проводят с помощью:

- окклюзионного воска (рельефный оттиск окклюзионных контактов на восковой пластинке – окклюдзиограмма может быть использован для первичной диагностики преждевременных контактов при всех видах окклюзии);
- артикуляционной бумаги (фольги, шелка) различного цвета, формы, толщины (от 8 до 200 микрон).

Необходимо изучить характер смыкания зубных рядов в центральной, передней, задней, правой и левой боковых окклюзиях. При этом отметить особенности смыкания зубных рядов:

- в центральной окклюзии (смыкание зубных рядов при максимальном количестве симметричных фиссуро-бугорковых контактов зубов-антагонистов / больше справа / больше слева);
- в передней окклюзии (смыкание четырех пар резцов / трех / двух / одной / смыкание резцов и клыков / смыкание передних и боковых зубов);
- в правой и левой боковых окклюзиях [клыковые контакты (контакт режущих краев антагонизирующих клыков на рабочей стороне, а на балансирующей стороне щечные бугорки нижних зубов находятся напротив небных бугорков верхних, но не имеют контакта) / групповые контакты (контакт клыков и щечных бугорков боковых зубов на рабочей стороне и полное отсутствие на балансирующей) / двусторонние контакты (контакт одноименных бугорков на рабочей стороне и разноименных — на балансирующей)];
- в задней окклюзии (симметричные контакты на последних зубах-антагонистах / односторонний контакт справа на последних зубах-антагонистах / односторонний контакт слева на последних зубах-антагонистах) [1, 8, 11, 17, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС при подозрении на соматическую патологию определять лабораторные маркеры и специфические показатели тех заболеваний, при которых в том числе поражаются ВНЧС:

- ревматоидный артрит (M05, M06): определение содержания ревматоидного фактора в крови; определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (антиCCP); определение содержания антител к цитруллинированному виментину в крови; исследование скорости оседания эритроцитов; исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови и др. [16];
- юношеский артрит (M08.0, M08.3, M08.4): коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза); исследование уровня иммуноглобулина G в крови; исследование уровня иммуноглобулина A в крови; исследование уровня иммуноглобулина M в крови; исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови; определение содержания ревматоидного фактора в крови; определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (антиCCP) в крови; определение содержания антител к цитруллинированному виментину в крови и др. [26];
- острый инфекционный артрит ВНЧС (M13.9): микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на грибы (дрожжевые, мицелиальные) и др. [18];
- эпидемический паротит (B26): дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); определение активности амилазы в крови; определение антител класса M (IgM) к вирусу паротита (*Mumps virus*) в крови и др. [9];
- острый средний отит (H65.0, H65.1, H66.0): дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование скорости оседания эритроцитов; исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови; исследование уровня прокальцитонина в крови; микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и др. [15];
- острый синусит (J01): дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование скорости оседания эритроцитов; исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови и др. [14];
- остеомиелит челюсти (K10.21): дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование скорости оседания эритроцитов; исследование уровня общего белка в крови; исследование уровня альбумина в крови; исследование уровня мочевины в крови; исследование уровня креатинина в крови; определение активности аланинаминотрансферазы в

крови; определение активности аспаргатаминотрансферазы в крови; исследование уровня натрия в крови; исследование уровня калия в крови; исследование уровня хлоридов в крови; общий (клинический) анализ мочи и др. [10];

- затрудненное прорезывание зубов мудрости, острый перикоронит (K05.22): дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула); исследование скорости оседания эритроцитов и др. [10];
- опухоли: доброкачественные (кисты, остеома, хондрома, миксома, гигантоклеточная) и злокачественные (фибро- и хондросаркома, миелома, карцинома глотки, языка): просмотр гистологического препарата и др. [22].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

## **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

### **2.4.1 Инструментальная диагностика**

#### **2.4.1.1 Антропоморфометрическое изучение диагностических моделей челюстей. Анализ моделей челюстей в артикуляторе**

Рекомендуется у всех пациентов с артрозом ВНЧС проводить антропоморфометрическое изучение диагностических моделей челюстей с целью оценки аномалий соотношения зубных рядов, формы и величины зубных рядов, отдельных зубов (нарушения числа зубов, аномалии размеров и формы зубов, дистопия и наклоны).

Рекомендуется проводить анализ гипсовых моделей челюстей в артикуляторе с целью:

- оценки окклюзионной поверхности зубных рядов (анализируют количество, характер, площадь и локализацию фасеток стирания зубов);
- регистрации артикуляционных движений и биомеханики нижней челюсти;
- изучения пространственного положения челюстей;
- воссоздания адекватной окклюзионной поверхности зубов в различных протезах [4, 12].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 3)

#### **2.4.1.2 Аксиография височно-нижнечелюстного сустава**

**Рекомендуется** всем пациентам с артрозом ВНЧС проводить аксиографию — внеротовую запись движений нижней челюсти, которая позволяет выявить:

- необычные экскурсии, блокирование движений нижней челюсти, ограничения движений нижней челюсти, щелканье в области ВНЧС;
- особенности движений нижней челюсти после ранее проведенного неудачного ортопедического стоматологического лечения (протетического или аппаратурного, повлекшего за собой функциональные нарушения ВНЧС и жевательных мышц) перед повторным протезированием или ортодонтическим лечением.

**Не рекомендуется** проводить аксиографию у пациентов с повышенной эмоциональной лабильностью, не позволяющей проводить длительные диагностические процедуры [4, 41].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 3)

#### **2.4.1.3 Электромиография накожная**

**Рекомендуется** всем пациентам с артрозом ВНЧС проводить электромиографию – регистрацию биоэлектрической активности жевательных мышц, позволяющую выявить особенности функциональных нарушений жевательных мышц. Электромиография проводится в области собственно жевательных, височных мышц и мышц шеи (одновременно с двух сторон).

**Не рекомендуется** проводить электромиографию при:

- воспалительных образованиях на поверхности кожи лица в месте предполагаемого воздействия;
- заболеваниях ЦНС;
- наличии у пациента электрокардиостимулятора [53].

**Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств 3)

***Комментарий:** При артрозе ВНЧС значительно изменяется электромиографическая картина. В частности, изменена амплитуда биопотенциалов мышц, поднимающих нижнюю челюсть, выявляются явления гипертонуса и/или мышечной дистонии, увеличен жевательный период, повышена активность мышц дна полости рта, наблюдается асимметрия активности одноименных мышц.*

### **2.4.2 Лучевая диагностика**

#### **2.4.2.1 Компьютерная томография височно-нижнечелюстных суставов**

**Рекомендуется** направлять всех пациентов с артрозом ВНЧС на компьютерную томографию височно-нижнечелюстных суставов [27, 30].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

**Комментарий:** При изучении компьютерных томограмм следует обращать внимание на:

- положение головки нижней челюсти при ее центральном соотношении с верхней (центральное, переднее, заднее);
- симметричность расположения головок нижней челюсти в суставных ямках справа и слева, а также ее форму в трех плоскостях (сагиттальной, фронтальной, горизонтальной);
- положение продольных осей головок нижней челюсти;
- величину суставной щели (в переднем, верхнем, заднем отделах, а также в медиальном и латеральном отделах);
- возможные морфологические изменения головки нижней челюсти и смежных с ней костных структур;
- соотношения суставных элементов;
- толщину и контуры компактной замыкающей пластинки головок нижней челюсти;
- амплитуду и положение головки нижней челюсти относительно суставного бугорка (при максимально открытом рте);
- наличие патологических изменений (переломов, опухолей, кист, узур, экзостозов, остеомиелита, гиперплазии, гипоплазии) головки нижней челюсти.

Для начальной стадии артроза ВНЧС рентгенологически характерно склерозирование и утолщение суставных поверхностей (головки нижней челюсти, бугорка, ямки), на более поздних – укорочение шейки суставного отростка, образование краевых костных клювовидных выступов, шипов, экзостозов на головке нижней челюсти с изменением ее формы в виде булавы, гриба, крючка и т.п.

#### **2.4.2.2 Магнитно-резонансная томография суставов**

**Рекомендуется** направлять всех пациентов с артрозом ВНЧС на магнитно-резонансную томографию височно-нижнечелюстных суставов [28, 38].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 4)

**Комментарий:** При изучении магнитно-резонансных томограмм следует оценивать:

- форму, контуры, структуру костной ткани головок нижней челюсти одновременно с двух сторон;
- уровень расположения головок нижней челюсти относительно друг друга;
- положение головок нижней челюсти в суставных ямках;
- плотность костной ткани головок нижней челюсти одновременно с двух сторон;
- форму, высоту и ширину суставной впадины;
- размеры суставной щели ВНЧС в переднем, верхнем и заднем отделах, а также в медиальном и латеральном отделах;
- состояние сочлененных поверхностей суставных ямок и головок нижней челюсти;
- состояние компактной пластинки головок нижней челюсти и суставных бугорков;
- амплитуду и положение головок нижней челюсти относительно суставных бугорков (при максимально открытом рте);
- толщину собственно жевательной, височной, латеральной и медиальной крыловидных мышц;
- положение, форму суставного диска.

## **2.5 Иные диагностические исследования**

### **2.5.1 Психодиагностические методы**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС использовать психодиагностические опросники и шкалы с целью определения зависимости между личностными особенностями пациента и характером его реагирования на болезнь и ее лечение, а также для построения адекватной терапевтической программы, направленной на снижение эмоционального и мышечного напряжения, коррекции отношения к заболеванию и лечению, исправления отношения пациента к своему врачу. Кроме того, при повторном применении и сравнении полученных данных можно проследить динамику психического состояния, определить редукцию психических расстройств и оценить проводимое лечение, в первую очередь эффективность психотерапии и психофармакотерапии.

**Рекомендуется** использовать следующие психодиагностические методики: опросник Спилбергера–Ханина, личностный опросник Г. Айзенка (EPI), Торонтскую шкалу алекситимии, опросник депрессии Бека (BDI), Гиссенский опросник соматических жалоб, визуально-аналоговую шкалу боли M.P. Jensen [23, 52].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 4)

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Схема редукации симптомов у больных с артрозом ВНЧС представляет собой комплексную терапию с участием различных специалистов (стоматологов-ортопедов, врачей-ортодонтот, стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов, психотерапевтов, неврологов, врачей по лечебной физкультуре, остеопатов, физиотерапевтов, врачей функциональной диагностики, рентгенологов).

Целью лечения является устранение симптоматики (боли в ВНЧС и жевательных мышцах, патологических шумов, ограничения открывания рта и др.) сохранение и восстановление функции ВНЧС, жевательной эффективности.

#### **3.1 Консервативное лечение**

##### **3.1.1 Психотерапия**

Рекомендуется всем пациентам с артрозом ВНЧС проводить психотерапевтическое воздействие на протяжении всего периода лечения. К одной из форм малой психотерапии относят аутогенную тренировку — контролируемое саморасслабление, при котором отрабатываются приемы, приводящие к релаксации мышц. Аутогенная тренировка

способствует снятию повышенного тонуса, усталости, напряжения, спазма жевательной мускулатуры, улучшает настроение пациента, отвлекает его внимание от стрессовой ситуации.

Первые 2–3 сеанса проводит врач-психотерапевт. В дальнейшем пациенту рекомендуют самостоятельно заниматься аутотренингом не менее 3 раз в день по 5–10 мин (курс — от 2 до 6 нед) [23, 42].

**Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств 3)

***Комментарий:** Психокорректирующие мероприятия проводят для купирования тревожности, устранения признаков эмоционального напряжения, уменьшения тонуса жевательных мышц (миорелаксации), мобилизации волевых ресурсов, уменьшения значимости конфликтных ситуаций, коррекции неверного отношения к лечению, формирования веры в его успех, смягчения патохарактерологических изменений личности, предотвращения невротических реакций и ятрогенных состояний. Обучение аутогенным тренировкам (контролируемому саморасслаблению), приемам и формулам самовнушения, ежедневные убеждения пациентом самого себя с помощью жизнеутверждающих фраз помогают достичь общей релаксации, создать у пациента чувства покоя и внутреннего равновесия.*

### **3.1.2 Фармакотерапия**

**Рекомендуется** применять местное обезболивание при сильной боли и значительном ограничении подвижности нижней челюсти. Проводят блокады болезненных участков жевательных мышц раствором анестетика (код АТХ: N01BB). **Рекомендуется** в область сустава втирание препаратов с местным раздражающим и анальгезирующим действием (код АТХ: M02AX10) [57].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 3)

**Рекомендуются** к применению нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (код АТХ: M01A), позволяющие уменьшить боль в области ВНЧС [34].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

**Рекомендуется** к применению ботулинический токсин типа А (код АТХ: M03AX) [48, 49].

**Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств 2)

*Комментарий:* Выбор препарата для ботулинотерапии, количество процедур и непосредственно инъекции ботулинического токсина типа А проводятся специалистом, имеющим сертификат на проведение терапии с использованием нейротоксина типа А. Инъектируемые мышцы: собственно жевательная мышца, височная мышца, латеральная и медиальная крыловидная.

Принцип действия ботулинического токсина типа А заключается в торможении на пресинаптическом уровне высвобождения ацетилхолина в терминалях холинэргических нейронов. Введение ботулинического токсина типа А приводит к длительной миорелаксации и тем самым разрывает патологический порочный круг «мышечный спазм–боль–спазм». Локальное введение ботулинического токсина типа А в лечебных дозах приводит к развитию дозозависимой хемоденервации и долговременному расслаблению мышц. Наряду с миорелаксирующим, у ботулинического токсина типа А выявлен и доказан собственный анальгезирующий эффект.

**Рекомендуются** к применению противоспазмолитические препараты (код АТХ: N03A), которые дают возможность снизить невротические расстройства, тем самым обеспечить эмоциональную и мышечную релаксацию [50].

**Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств 2)

**Рекомендуются** к применению снотворные и седативные средства (код АТХ: N05C), позволяющие снизить невротические расстройства (Валерианы лекарственной корневищ с корнями настойка, Пустырника травы настойка) [3].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

*Комментарий:* Фармакотерапия направлена на купирование эмоциональных и невротических расстройств (в первую очередь, на уменьшение тревожности), устранение боли, достижение релаксации жевательных мышц, уменьшение вегетативных нарушений (нормализация сердечного ритма, артериального давления и т.д.).

Нестероидные противовоспалительные средства, мази с местным раздражающим и анальгезирующим действием, блокады болезненных участков жевательных мышц раствором анестетика назначает/проводит лечащий врач — стоматолог. Антиконвульсанты и ботулинотерапию назначает врач-психотерапевт/врач-невролог.

### 3.1.3 Физиотерапия

**Рекомендуется** всем пациентам с артрозом ВНЧС назначать физиотерапию. Процедуры назначают до начала ортопедического лечения, когда определяются напряжение, скованность, боль в суставах и мышцах, ограниченное открывание рта, хруст, щелканье в суставе.

**Рекомендуется** чрескожная электронейростимуляция [45];

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 1)

*Комментарий:* Чрескожная электронейростимуляция — метод нормализации функционального состояния мышц, обладающий выраженным обезболивающим эффектом. Чрескожная электронейростимуляция оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, благодаря образованию и высвобождению эндорфинов (энкефалинов). Преимущество использования чрескожной электронейростимуляции заключается в неинвазивности и безопасности процедуры в отношении аллергических реакций, так как не применяются анестезирующие лекарственные вещества.

- **Рекомендуется** внутрисуставная лазеротерапия [36, 51];

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 1)

- **Рекомендуется** общая магнитотерапия [47];

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

- **Рекомендуется** иглорефлексотерапия [31, 40].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

### 3.1.4 Лечебная физкультура жевательных мышц

**Рекомендуется** всем пациентам с артрозом ВНЧС выполнять лечебную физкультуру жевательных мышц. Приемы лечебной физкультуры показывает ортопед-стоматолог при необходимости с привлечением врача по лечебной физкультуре. Рекомендовано проведение аппаратной механотерапии при помощи специализированных приборов согласно инструкции.

**Не рекомендуется** назначать лечебную физкультуру при острых воспалительных заболеваниях ВНЧС и кожи лица, воспалительных полиартропатиях, инфекционных артропатиях, анкилозе ВНЧС.

Упражнения проводят сначала при содействии лечащего врача — стоматолога-ортопеда, а затем самостоятельно — 2–3 раза в день со средней продолжительностью сеанса 5–10 мин. Продолжительность каждого упражнения составляет 0,5–1 мин [39].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 1)

*Комментарий:* Лечебная физкультура жевательных мышц позволяет восстановить положение элементов ВНЧС, инактивировать курковые зоны в жевательных мышцах, мышцах затылка и шеи, нормализовать движения нижней челюсти при открывании рта, восстановить ритмичное координированное сокращение жевательной мускулатуры, достичь расслабления или усиления определенных мышечных групп.

*Перед лечебной гимнастикой целесообразно проводить тепловые процедуры, способствующие улучшению кровообращения и функционального состояния жевательных мышц. Например, прогревание области пораженного сустава сухим теплом (горячий песок, парафиновые аппликации, озокерит) или легким поглаживанием и теплом ладони.*

### **3.1.5 Массаж жевательных мышц**

**Рекомендуется** пациентам с артрозом ВНЧС назначать массаж жевательных мышц. Массаж проводят ежедневно, 2–3 раза в день, в одном участке не более 3–5 мин [43].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

*Комментарий:* Массаж проводят перед миогимнастикой и после физиотерапии жевательных мышц. Можно сочетать массаж препаратами с местным раздражающим и анальгезирующим действием (код АТХ: M02AX10). Массаж необходимо начинать с легкого поглаживания и растирания с последующим увеличением интенсивности воздействия, а завершать — поколачиванием мышц и их вибрацией. Энергичный жесткий массаж перераздраженных болевых мышечных зон может вызывать усиление боли.

### **3.1.6 Остеопатические сеансы**

**Рекомендуется** направлять пациентов с артрозом ВНЧС на курсы остеопатии [33].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

### **3.1.7 Аппаратурное лечение**

**Рекомендуется** пациентам с артрозом ВНЧС проводить лечение с помощью разобщающих зубные ряды аппаратов — капп [4, 6, 35, 58, 59].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 1)

***Комментарий:** Каппы позволяют нормализовать тонус и создать функциональный покой жевательных мышц (благодаря обеспечению оптимального расстояния между местами их прикрепления), устранить блокирующие межзубные контакты, боль и щелканье в ВНЧС, оптимизировать соотношение элементов ВНЧС, нормализовать положение нижней челюсти, достичь нормальную степень открывания рта. Механизм действия капп основан на нормализации рефлекторной связи между ЦНС и жевательной мускулатурой. При артрозе ВНЧС используется каппа из жесткого полимерного материала.*

### **3.2 Хирургическое лечение**

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС выполнять хирургические манипуляции (малоинвазивные хирургические методики: пункция синовиальной сумки сустава, промывание (ирригация) сустава), артроскопическая санация сустава) при совпадении триады признаков: боль, затрудненное открывание рта, значительное нарушение положения и строения элементов ВНЧС, выявленное с помощью МРТ [32].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 1)

**Рекомендуется** у пациентов с артрозом ВНЧС выполнять открытую хирургию/артропластику при развитии явлений анкилоза ВНЧС [7, 13, 24, 25, 46, 54, 56].

**Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств 2)

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Для обеспечения полноценной реабилитации пациентов с артрозом ВНЧС **рекомендуется** координированная работа медицинских специалистов: стоматологов-ортопедов, врачей-ортодонтотв, стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов, психотерапевтов, остеопатов, физиотерапевтов, неврологов, врачей функциональной диагностики, рентгенологов [1, 7, 11, 18, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

**Рекомендуется** обучать пациентов с артрозом ВНЧС психотерапии, в том числе аутогенной тренировке с целью профилактики провоцирования приступов сжатия, стискивания зубов, а также гипертонуса жевательных мышц. Назначают также курсы лечебной физкультуры, массажа жевательных мышц [3, 18, 23, 44, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

*Комментарий:* Ранее выявление первых симптомов артроза ВНЧС облегчает последующее лечение заболевания. Последовательное устранение всех этиологических факторов, способствующих прогрессированию артроза ВНЧС, преемственность в комплексной работе различных специалистов ускоряют процесс диагностики, дифференциальной диагностики и реабилитации пациентов. Важную роль играет протезирование дефектов зубных рядов, при котором не только замещается дефект зуба или зубного ряда, но и существует реальная возможность предупредить дальнейшее разрушение ВНЧС.

## **5. Профилактика и динамическое наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Пациентам, в анамнезе которых отмечен артроз ВНЧС, **рекомендуется** охранительный режим. Такие пациенты должны быть обучены приемам аутогенной тренировки, лечебной физкультуры и массажа жевательных мышц [3, 23, 33, 39].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

Для профилактики прогрессирования артроза ВНЧС **рекомендуется** использование каппы. В частности, во время физических нагрузок (в спортивном зале) или лицам, занимающимся тяжелым трудом, также рекомендовано использование каппы [35, 41, 58, 59].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

Пациентам, страдающим артрозом ВНЧС, следует избегать длительного широкого открывания рта (вне этапа проведения механотерапии по назначению врача), приема жесткой и вязкой пищи, использовать одновременно обе стороны челюсти при пережевывании пищи, не допускать частого сокращения жевательных мышц, сжатия челюстей, смещения нижней челюсти вперед и в сторону. Кроме того, необходимо устранять и другие вредные привычки, наблюдающиеся при психоэмоциональных и физических нагрузках [1, 3, 5, 18, 23].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

Врач-стоматолог должен быть информирован о наличии в прошлом симптомов артроза ВНЧС и проводить стоматологические манипуляции в щадящем режиме, перемежая их с паузами для отдыха. Стоматологическое лечение, подразумевающее восстановление анатомической формы клинических коронок зубов, должно проводиться с созданием оптимальных фиссурно-бугорковых контактов. Кроме того, залогом нормального функционирования жевательных мышц и ВНЧС является ортопедическое, ортодонтическое лечение, своевременное устранение зубочелюстных аномалий и деформаций, воссоздание непрерывности и целостности зубного ряда [6, 8, 18].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

Диспансерное наблюдение пациентов, в анамнезе которых имеется артроз ВНЧС, рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев с целью определения характера окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, эффективности функции жевания, амплитуды биопотенциалов покоя и активности жевательных мышц [8, 11, 18].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств 5)

## **6. Организация медицинской помощи**

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь.

Показания для плановой госпитализации возникают в случае планирования хирургического вмешательства. Показаний для экстренной госпитализации у данного контингента нет.

Условия оказания медицинской помощи: чаще она проводится амбулаторно и лишь изредка — в стационаре (при хирургическом лечении).

Лечение пациентов с артрозом ВНЧС проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, в отделениях и кабинетах многопрофильных лечебно-профилактических учреждений.

Оказание помощи пациентам с артрозом ВНЧС осуществляется в основном врачами-стоматологами-ортопедами, ортодонтами, стоматологами-хирургами, челюстно-лицевыми хирургами при участии врачей-психотерапевтов, врачей по лечебной физкультуре, физиотерапевтов, неврологов, остеопатов, врачей функциональной диагностики при пособии рентгенологов.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Артроз височно-нижнечелюстного сустава не оказывает влияния на общую продолжительность жизни.

Полное восстановление функции сочленения у пациентов с артрозом ВНЧС невозможно в связи с необратимостью морфологических изменений [2, 18, 22].

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества	Оценка выполнения	УДД	УУР
1	Выявлены жалобы, проведен сбор анамнеза	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С

2	Проведен внешний осмотр, в том числе пальпация ВНЧС и жевательных мышц, аускультация ВНЧС	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С
3	Проведен осмотр слизистой оболочки полости рта, зубов и зубных рядов, изучены окклюзионные взаимоотношения зубных рядов в полости рта	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С
4	Выполнено антропоморфометрическое изучение диагностических моделей челюстей и их анализ в артикуляторе, аксиография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография накожная	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С
5	Выполнена компьютерная томография ВНЧС	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С
6	Выполнена МРТ ВНЧС	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	4	С
7	Диспансерное наблюдение	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	5	С

### Список литературы

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Сердюков М.С., Булычева Е.А. Ортопедическая стоматология : учебник. 10-е изд., перераб. и доп. Москва : МЕДпресс-информ, 2018. 556 с.
2. Булычева Е.А., Булычева Д.С. Рентгено-анатомические особенности при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). – Клиническая стоматология. – 2023. – Т. 26. – № 2. – С. 66-74.
3. Булычева Е.А., Чикунов С.О., Трезубов В.Н., Грищенко А.С. Доказательства психического генеза гипертонии жевательных мышц. Часть I. – Институт стоматологии. – 2011. – №4. – С.40-43.
4. Булычева Е.А., Чикунов С.О., Шпынова А.М., Алпатьева Ю.В. Использование ультразвукового аксиографа у больных с расстройствами жевательно-речевого аппарата // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2013. Т. 12, № 1. С. 33–41.
5. Булычева Е.А., Булычева Д.С. Современные подходы к устранению последствий повышенной стираемости зубов. – Клиническая стоматология. – 2023. – Т. 26. – № 4. – С. 51-63.
6. Булычева Е.А., Булычева Д.С. Лечение функциональных расстройств жевательно-речевого аппарата с применением цифровых технологий: клинический случай — Клиническая стоматология. — 2024. — №2. — С. 150-156.
7. Ерошенко Н.А., Митерев А.А., Шипика Д.В., Дробышев А.Ю. Совершенствование артроскопического доступа для лечения пациентов с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава // Российская стоматология. 2022. — Т. 15. — №4. — С. 42-43.
8. Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология : учебник. Москва : МИА; 2012. С. 797–816.
9. Запруднов А.М. Педиатрия с детскими инфекциями. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 560 с.
10. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе перикоронит. [Электронный ресурс] URL: [http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_perikoronit.php](http://www.e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_perikoronit.php) (дата обращения: 27.07.2020).
11. Лебеденко, И. Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 824 с.
12. Лебеденко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Ряховский А.Н. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии. - М.: Медицинское информационное агенство, 2003. – 127 с.

13. Мелиев Д.И., Дробышев А.Ю., Редько Н.А., Султанов Ш.Р. Анализ методов реконструктивно-восстановительных операций на височно-нижнечелюстном суставе // Российская стоматология. 2022. — Т. 15. — №4. — С. 49-50.
14. Острый синусит. Клинические рекомендации. Год утверждения 2016. ID: КР313.
15. Отит острый средний. Клинические рекомендации. Год утверждения 2016. ID: КР314.
16. Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации. Год утверждения 2018. ID: КР250.
17. Семкин В.А., Рабухина Н.А., Волков С.И. Патология височно-нижнечелюстных суставов. Москва : Практическая медицина, 2011. С. 51–53.
18. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс) : учебник. 9-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 688 с.
19. Трезубов В.Н., Лопотко А.И, Булычева Е.А. Анализ суставного шума при расстройствах в височно-нижнечелюстных суставах. – Функциональная диагностика и лечение в стоматологии. – М., 2007. – С. 85–93.
20. Трезубов В.Н., Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), осложненных парафункциями жевательных мышц. – Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 6. – С. 79-83.
21. Цимбалистов А.В., Калмыкова Э.А., Синицкий А.А., Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В. Диагностика дисфункции жевательной мускулатуры у стоматологических больных // Вестник СЗГМУ им. И.И. Мечникова. 2011. Т. 3, № 3. С. 14–18.
22. Челюстно-лицевая хирургия: Учебник /под ред. А.Ю. Дробышева, О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 876 с.: ил.
23. Чикунов С.О., Булычева Е.А, Фирсова Л.Д., Булычева Д.С. Психологическое сопровождение пациентов при повторном протезировании зубов после предыдущего неудачного лечения: учебное пособие. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 64 с.
24. Шипика Д.В., Осташко А.А., Егорова Е.А., Лежнев Д.А., Дробышев А.Ю. Совершенствование методики артроскопической хирургии в лечении пациентов с заболеваниями ВНЧС на основе применения PRGF-clot субстрата аутокрови. — Клиническая стоматология. — 2024; 27 (2): 140-149
25. Шипика Д.В., Баговиев А.Д., Попова К.А., Дарханова А.Е., Дробышев А.Ю. Восстановление кинематики движений нижней челюсти методом аппаратной

механотерапии в протоколе функциональной реабилитации пациентов с заболеваниями ВНЧС и миофасциальным болевым синдромом. — Клиническая стоматология. — 2024; 26 (4): 42-50.

26. Юношеский артрит. Клинические рекомендации. Год утверждения 2017. ID: KP477.

27. Alamri H.M., Sadrameli M., Alshalhoob M.A., Sadrameli M., Alshehri M.A. Applications of CBCT in dental practice: a review of the literature // *Gen. Dent.* 2012. Vol. 60, N 5. P. 390–400.

28. Bag A.K., Gaddikeri S., Singhal A., Hardin S., Tran B.D., Medina J.A., Cure J.K. Imaging of the temporomandibular joint: An update // *World Journal of Radiology.* 2014. Vol. 6, N 8. P. 567–582.

29. Bakke M., Petersson A., Wiese M. et al. Bony Deviations Revealed by Cone Beam Computed Tomography of the Temporomandibular Joint in Subjects Without Ongoing Pain. // *J Oral Facial Pain Headache.* - 2014.- Vol.28(4).- P. 331-337.

30. Barghan S., Tatradis S., Mallya S. Application of cone beam computed tomography for assessment of the temporomandibular joint // *Aust. Dent.* 2012. Vol. 57, N 1. P. 109–118.

31. Blasco-Bonora P.M., Martín-Pintado-Zugasti A. Effects of myofascial trigger point dry needling in patients with sleep bruxism and temporomandibular disorders: a prospective case series // *Acupunct. Med.* 2017. Vol. 3, N 1. P. 69–74.

32. Bouchard C., Goulet J.P., El-Ouazzani M., Turgeon A.F. Temporomandibular lavage versus nonsurgical treatments for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis // *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2017. Vol. 75, N 7. P. 1352–1362.

33. Calixtre L.B., Moreira R.F., Franchini G.H., Albuquerque-Sendín F., Oliveira A.B. Manual therapy for the management of pain and limited range of motion in subjects with signs and symptoms of temporomandibular disorder: a systematic review of randomized controlled trials // *J. Oral Rehabil.* 2015. Vol. 42, N 11. P. 847–861.

34. Carli M.L., Guerra M.B., Nunes T.B. et al. Piroxicam and laser phototherapy in the treatment of TMJ arthralgia: a double-blind randomized controlled trial // *J. Oral Rehabil.* 2013. Vol. 40, N 3. P. 171–178.

35. Chao Zhang, Jun-Yi Wu, Dong-Lai Deng, Bing-Yang He, Yuan Tao, YuMing Niu, Mo-Hong Deng. Efficacy of splint therapy for the management of temporomandibular disorders: a meta-analysis // *Oncotarget.* 2016. Vol. 7, N 51. P. 84043–84053.

36. Chen J., Huang Z., Ge M., Gao M. Efficacy of low-level laser therapy in the treatment of TMDs: a meta-analysis of 14 randomised controlled trials // *J. Oral Rehabil.* 2015. Vol. 42, N 4. P. 291–299.

37. Chisnoiu A.M., Picos A.M., Popa S., Chisnoiu Liana P.D. Lascu, Picos A., Chisnoiu R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders-a literature review // *Clujul Medical*. 2015. Vol. 88, N 4. P. 473–478.
38. Cuccia A.M., Caradonna C., Bruschetta D., Vaccarino G., Milardi D. Imaging of Temporomandibular Joint: Approach by Direct Volume Rendering // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014. Vol. 8, N 11. P. 105–109.
39. Dickerson S.M., Weaver J.M., Boyson A.N., Thacker J.A., Junak A.A., Ritzline P.D., Donaldson M.B. The effectiveness of exercise therapy for temporomandibular dysfunction: a systematic review and meta-analysis // *Clin. Rehabil*. 2017. Vol. 31, N 8. P. 1039–1048.
40. Diracoglu D., Vural M., Karan A., Aksoy C. Effectiveness of dry needling for the treatment of temporomandibular miofascial pain: a double-blind, randomized, placebo controlled study // *J. Back Musculoskelet Rehabil*. 2012. Vol. 25, N 4. P. 285–290.
41. De Almeida R. de C., da Rosa W.L., Boscato N. The effect of occlusal splint pretreatment on mandibular movements and vertical dimension of occlusion in long-term complete denture wearers // *Int. J. Prosthodont*. 2016. Vol. 29, N 3. P. 287–289.
42. De Freitas R.F., Ferreira M.A., Barbosa G.A., Calderon P.S. Counselling and self-management therapies for temporomandibular disorders: a systematic review // *J. Oral Rehabil*. 2013. Vol. 40, N 11. P. 864–874.
43. Gomes C.A., El-Hage Y., Amaral A.P., Politti F., Biasotto-Gonzales D.A. Effects of massage therapy and occlusal splint therapy on electromyographic activity and the intensity of signs and symptoms in individuals with temporomandibular disorder and sleep bruxism: a randomized clinical trial // *Chiropr. Man. Therap*. 2014. Vol. 15. P. 22–43.
44. Isberg A. Temporomandibular joint dysfunction: a practitioner's guide. Reprinted in 2011 by Annika Isberg, Stockholm. 204 p.
45. Johnson M.I., Paley C.A., Howe T.E., Sluka K.A. Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015. CD006142.
46. Kalladka M., Quek S., Heir G., Eliav E., Mupparapu M., Viswanath A. Temporomandibular Joint Osteoarthritis: Diagnosis and Long-Term Conservative Mangement: A Topic Review // *J. Indian. Prosthodont. Soc*. 2014. Vol. 14, N 1. P. 6–15.
47. László J.F., Farkas P., Reiczigel J., Vágó P. Effect of local exposure to inhomogeneous static magnetic field on stomatological pain sensation — a double-blind, randomized, placebo-controlled study // *Int. J. Radiat. Biol*. 2012. Vol. 88, N 5. P. 430–438.

48. Lee S.J., McCall W.D. Jr, Kim Y.K., Chung S.C. JW. Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial // *Am J Phys Med Rehabil.* 2010. – №89. – P. 16-23.
49. Long H., Liao Z., Wang Y., Liao L., Lai W. Efficacy of botulinum toxins on bruxism: an evidence-based review // *Int Dent J.* – 2012. – №62. – P. 1-5.
50. Madani A.S., Abdollahian E., Khiavi H.A., Radvar M., Foroughipour M., Asadpour H., Hasanzadeh N. The efficacy of gabapentin versus stabilization splint in management of sleep bruxism // *J. Prosthodont.* 2013 Feb. Vol. 22, N 2. P. 126–131.
51. Maia M.L., Bonjardim L.R., Quintans J. de S., Ribeiro M.A., Maia L.G., Conti P.C. Effect of low-level laser therapy on pain levels in patients with temporomandibular disorders: a systematic review // *J. Appl. Oral. Sci.* 2012. Vol. 20, N 6. P. 594–602.
52. Manfredini D., Borella L., Favero L., Ferronato G., Guarda-Nardini L. Chronic pain severity and depression/somatization levels in TMD patients // *Int. J. Prosthodont.* 2010. Vol. 23, N 6. P. 529–534
53. Nishi S.E., Basri R., Alam M.K. Uses of electromyography in dentistry: An overview with meta-analysis // *Europ. J. Dent.* 2016. Vol. 10, N 3. P. 419–425.
54. Nitzan D.W., Svidovsky J., Zini A., Zadik Y. Effect of Arthrocentesis on Symptomatic Osteoarthritis of the Temporomandibular Joint and Analysis of the Effect of Preoperative Clinical and Radiologic Features. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2017. Vol. 75, N 2. P. 260-267.
55. Okeson J. *Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion.* 7 th ed. Mosby, 2012. 504 p.
56. Vos L.M., Huddleston Slater J.J., Stegenga B. Arthrocentesis as initial treatment for temporomandibular joint arthroplasty: a randomized controlled trials // *J. Craniomaxillofac. Surg.* 2014. Vol. 42, N 5. P. 134–139.
57. Wieckiewicz M., Boening K., Wiland P., Shiau Y., Paradowska-Stolarz A. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders // *J. Headache Pain.* 2015. Vol. 16. P. 106.
58. Zhang F-Y, Wang X-G, Dong J., Zhang J-F, Lu Y-l. Effect of occlusal splints for the management of patients with myofascial pain: a randomized, controlled, double-blind study // *Chin. Med. J.* 2013. Vol. 126, N 12. P. 2270–2275.
59. Zhang Chao, Wu Jun-Yi, Deng Dong-Lai, He Bing-Yang, Yuan Tao, Niu Yu-Ming, Deng Mo-Hong. Efficacy of splint therapy for the management of temporomandibular disorders: a meta-analysis // *Oncotarget.* 2016. Vol. 7, N 51. P. 84043–84053.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

**Булычева Елена Анатольевна** — доктор медицинских наук, профессор, действительный член РАЕН, лауреат премии Правительства РФ, председатель секции «Клиническая гнатология» Стоматологической ассоциации России (СтАР), профессор кафедры ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

**Булычева Дарья Сергеевна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» Минобрнауки России, врач-ортодонт, медицинский переводчик (английский язык).

**Дробышев Алексей Юрьевич** — заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, вице-президент ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии», заведующий кафедрой челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ.

**Трезубов Владимир Николаевич** — заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, действительный член РАЕН, дважды лауреат премии Правительства РФ, заведующий кафедрой стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ.

**Трезубов Владимир Владимирович** — доктор медицинских наук, доцент кафедры дополнительного образования по стоматологическим специальностям ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого» Минобрнауки России.

**Шипика Дмитрий Витальевич** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ.

Конфликт интересов отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи-ортопеды;
2. Врачи-ортодонты;
3. Врачи-стоматологи-хирурги;
4. Врачи-челюстно-лицевые хирурги;
5. Врачи-психотерапевты;
6. Врачи-остеопаты;
7. Врачи по лечебной физкультуре;
8. Врачи-физиотерапевты;
9. Врачи-неврологи;
10. Врачи функциональной диагностики;
11. Врачи-рентгенологи;
12. Студенты, ординаторы, аспиранты медицинских учреждений.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Источник доказательств
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Источник доказательств
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Источник доказательств
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной

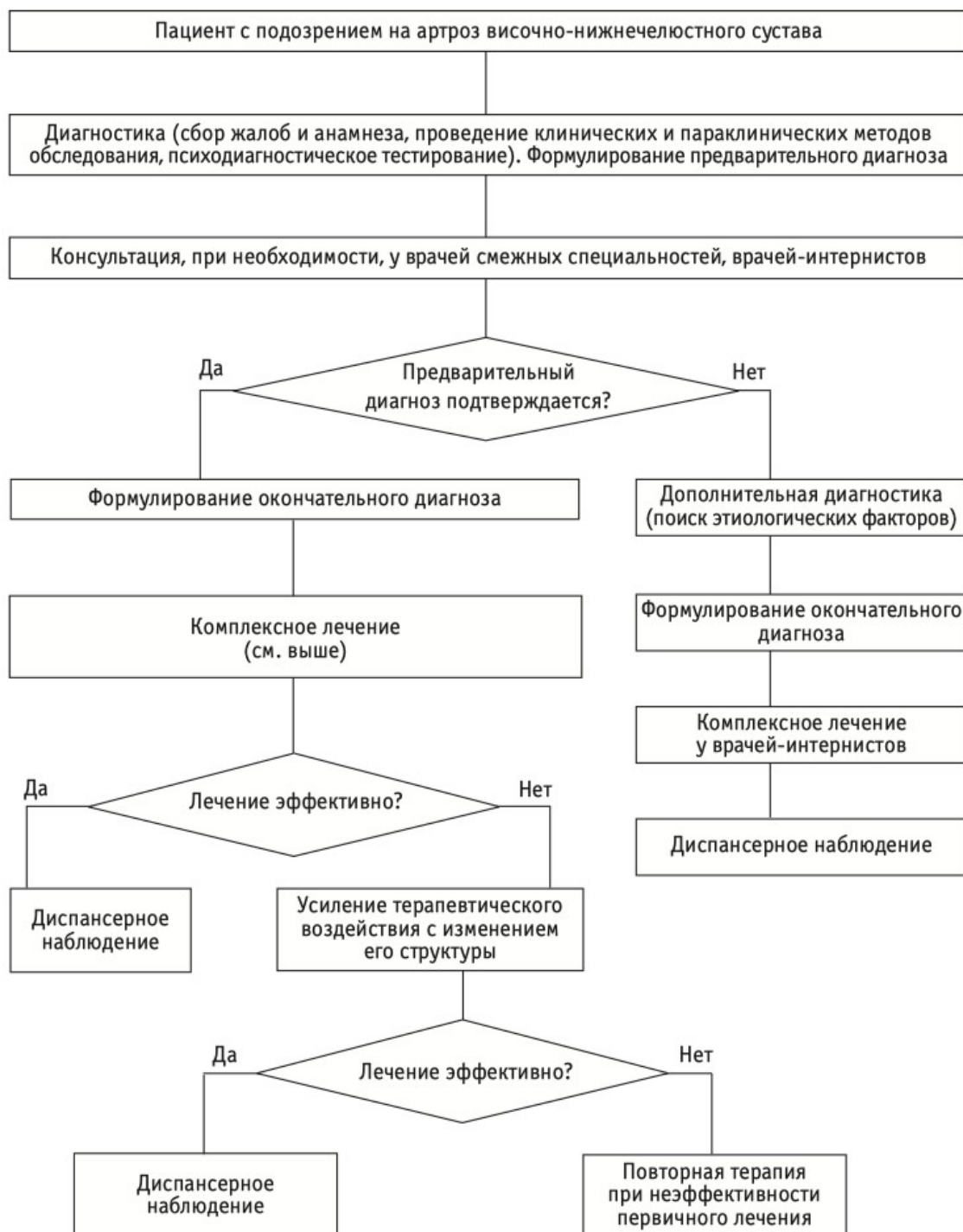
медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённому КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации»;
- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 102н «Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»;
- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре»;
- Приказ Минздрава России от 28.03.2019 № 167н «Об утверждении порядка отстранения членов медицинской профессиональной некоммерческой организации от дальнейшего участия в деятельности по разработке и утверждению клинических рекомендаций и членов научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации от дальнейшего участия в деятельности по рассмотрению, одобрению и пересмотру клинических рекомендаций»;
- Приказ Минздрава России от 11.06.19 № 388 «Об утверждении состава научнопрактического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ Минздрава России от 04.07.19 № 487 «О внесении изменений в состав научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 июня 2019г. №388»;
- Приказ Минздрава России от 23.06.2020 № 617н "О внесении изменений в приложения № 1, 2 и 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра,

типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## Приложение В. Информация для пациента

Уважаемый пациент! Ознакомьтесь с правилами, которые необходимо соблюдать с целью поддержания положительного результата лечения.

По окончании лечения рекомендовано:

- 1) контролировать поведение при эмоциональном и физическом стрессе: не допускать частого сокращения жевательных мышц, сжатия челюстей, смещения нижней челюсти вперед и в сторону;
- 2) использовать аутогенную тренировку, лечебную физкультуру, массаж жевательных мышц;
- 3) соблюдать охранительный режим: избегать длительного широкого открывания рта, приема твердой пищи (сухари, орехи, лед, конфеты типа ирисок и леденцов и т.п.), пользования жевательной резинкой;
- 4) принимать пищу мелкими кусочками, использовать одновременно обе стороны челюсти при пережевывании пищи;
- 5) пользоваться каппой, соблюдать гигиену аппарата: чистить каппу дважды в день – утром и вечером зубной щеткой с зубной пастой;
- 6) пользоваться каппой во время физических нагрузок (в спортивном зале) или при нагрузках, связанных с профессиональной деятельностью;
- 7) информировать врача-стоматолога о предрасположенности к парафункциям жевательных мышц, не допускать длительного открывания рта во время лечения зубов;
- 8) посещать профилактические осмотры: 1 раз в 12 месяцев / 1 раз в 6 месяцев / 1-2 раза в 6 месяцев (нужное подчеркнуть).

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Опросник Спилбергера-Ханина**

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и подчеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете *в данный момент*. Над вопросами долго не задумывайтесь. Обычно первый ответ, который приходит в голову, является наиболее правильным.

Текст Опросника. Определение уровня личностной тревожности (анкета 1).

№	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений. Подчеркните соответствующую цифру справа, в зависимости от того, как Вы себя *обычно* чувствуете. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных и неправильных ответов нет.

Характеристика ситуативной (реактивной) тревожности (анкета 2).

№	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Интерпретации результатов:

- до 30 баллов — низкая тревожность,
- 31-44 балла — умеренная тревожность;
- 45 баллов и более — высокая тревожность.

### **Личностный опросник Г. Айзенка (EPI)**

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Прочитайте внимательно каждый из приведенных вопросов и ответьте на каждый из них «да» или «нет».

#### **Текст опросника (вариант А)**

1. Часто ли вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы отвлечься, испытывать сильные ощущения?
2. Часто ли вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые могут вас понять, ободрить или посочувствовать?
3. Считаете ли вы себя беззаботным человеком?
4. Очень ли трудно вам отказываться от своих намерений?
5. Обдумываете ли вы свои дела не спеша и предпочитаете ли подождать, прежде чем действовать?
6. Всегда ли вы сдерживаете свои обещания, даже если это вам невыгодно?
7. Часто ли у вас бывают спады и подъемы настроения?
8. Быстро ли вы обычно действуете и говорите, не тратите ли много времени на обдумывание?
9. Возникало ли у вас когда-нибудь чувство, что вы несчастны, хотя никакой серьезной причины для этого не было?
10. Верно ли, что на спор вы способны решиться на все?
11. Смущаетесь ли вы, когда хотите познакомиться с человеком противоположного пола, который вам симпатичен?
12. Бывает ли когда-нибудь, что, разозлившись, вы выходите из себя?
13. Часто ли бывает, что вы действуете необдуманно, под влиянием момента?
14. Часто ли вас беспокоят мысли о том, что вам не следовало чего-либо делать или говорить?
15. Предпочитаете ли вы чтение книг встречам с людьми?
16. Верно ли, что вас легко задеть?

17. Любите ли вы часто бывать в компании?
18. Бывают ли иногда у вас такие мысли, которыми вам не хотелось бы делиться с другими людьми?
19. Верно ли, что иногда вы настолько полны энергии, что все горит в руках, а иногда чувствуете сильную вялость?
20. Стараетесь ли вы ограничить круг своих знакомых небольшим числом самых близких друзей?
21. Много ли вы мечтаете?
22. Когда на вас кричат, отвечаете ли вы тем же?
23. Считаете ли вы все свои привычки хорошими?
24. Часто ли у вас появляется чувство, что вы в чем-то виноваты?
25. Способны ли вы иногда дать волю своим чувствам и беззаботно развлечься с веселой компанией?
26. Можно ли сказать, что нервы у вас часто бывают натянуты до предела?
27. Слывете ли вы за человека живого и веселого?
28. После того как дело сделано, часто ли вы мысленно возвращаетесь к нему и думаете, что могли бы сделать лучше?
29. Чувствуете ли вы себя беспокойно, находясь в большой компании?
30. Бывает ли, что вы передаете слухи?
31. Бывает ли, что вам не спится из-за того, что в голову лезут разные мысли?
32. Что вы предпочитаете, если хотите узнать что-либо: найти в книге или спросить у друзей?
33. Бывают ли у вас сильные сердцебиения?
34. Нравится ли вам работа, требующая сосредоточения?
35. Бывают ли у вас приступы дрожи?
36. Всегда ли вы говорите только правду?
37. Бывает ли вам неприятно находиться в компании, где все подшучивают друг над другом?
38. Раздражительны ли вы?
39. Нравится ли вам работа, требующая быстрого действия?
40. Верно ли, что вам часто не дают покоя мысли о разных неприятностях и «ужасах», которые могли бы произойти, хотя все кончилось благополучно?
41. Верно ли, что вы неторопливы в движениях и несколько медлительны?
42. Опаздывали ли вы когда-нибудь на работу или на встречу с кем-либо?
43. Часто ли вам снятся кошмары?

44. Верно ли, что вы так любите поговорить, что не упускаете любого удобного случая побеседовать с новым человеком?
45. Беспокоят ли вас какие-нибудь боли?
46. Огорчились бы вы, если бы долго не могли видеться со своими друзьями?
47. Можете ли вы назвать себя нервным человеком?
48. Есть ли среди ваших знакомых такие, которые вам явно не нравятся?
49. Могли бы вы сказать, что вы уверенный в себе человек?
50. Легко ли вас задевает критика ваших недостатков или вашей работы?
51. Трудно ли вам получить настоящее удовольствие от мероприятий, в которых участвует много народа?
52. Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?
53. Сумели бы вы внести оживление в скучную компанию?
54. Бывает ли, что вы говорите о вещах, в которых совсем не разбираетесь?
55. Беспокоитесь ли вы о своем здоровье?
56. Любите ли вы подшутить над другими?
57. Страдаете ли вы бессонницей?

Текст опросника (вариант Б)

1. Нравится ли вам оживление и суета вокруг вас?
2. Часто ли у вас бывает беспокойное чувство, что вам что-нибудь хочется, а вы не знаете что?
3. Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман?
4. Чувствуете ли вы себя иногда счастливым, а иногда печальным без какой-либо причины?
5. Держитесь ли вы обычно в тени на вечеринках или в компании?
6. Всегда ли в детстве вы делали немедленно и безропотно то, что вам приказывали?
7. Бывает ли у вас иногда дурное настроение?
8. Когда вас втягивают в ссору, предпочитаете ли вы отмолчаться, надеясь, что все обойдется?
9. Легко ли вы поддаетесь переменам настроения?
10. Нравится ли вам находиться среди людей?
11. Часто ли вы теряли сон из-за своих тревог?
12. Упрямитесь ли вы иногда?
13. Могли бы вы назвать себя бесчестным?
14. Часто ли вам приходят хорошие мысли слишком поздно?

15. Предпочитаете ли вы работать в одиночестве?
16. Часто ли вы чувствуете себя апатичным и усталым без серьезной причины?
17. Вы по натуре живой человек?
18. Смеетесь ли вы иногда над неприличными шутками?
19. Часто ли вам что-то так надоедает, что вы чувствуете себя «сытым по горло»?
20. Чувствуете ли вы себя неловко в какой-либо одежде, кроме повседневной?
21. Часто ли ваши мысли отвлекаются, когда вы пытаетесь сосредоточиться на чем-то?
22. Можете ли вы быстро выразить ваши мысли словами?
23. Часто ли вы бываете погружены в свои мысли?
24. Полностью ли вы свободны от всяких предрассудков?
25. Нравятся ли вам первоапрельские шутки?
26. Часто ли вы думаете о своей работе?
27. Очень ли вы любите вкусно поесть?
28. Нуждаетесь ли вы в дружески расположенном человеке, чтобы выговориться, когда вы раздражены?
29. Очень ли вам неприятно брать займы или продавать что-нибудь, когда вы нуждаетесь в деньгах?
30. Хвастаетесь ли вы иногда?
31. Очень ли вы чувствительны к некоторым вещам?
32. Предпочли бы вы остаться в одиночестве дома, чем пойти на скучную вечеринку?
33. Бываете ли вы иногда беспокойными настолько, что не можете долго усидеть на месте?
34. Склонны ли вы планировать свои дела тщательно и раньше чем следовало бы?
35. Бывают ли у вас головокружения?
36. Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения?
37. Справляетесь ли вы с делом лучше, обдумав его самостоятельно, а не обсуждая с другими?
38. Бывает ли у вас когда-либо одышка, даже если вы не делали никакой тяжелой работы?
39. Можно ли сказать, что вы человек, которого не волнует, чтобы все было именно так, как нужно?
40. Беспокоят ли вас ваши нервы?
41. Предпочитаете ли вы больше строить планы, чем действовать?
42. Откладываете ли вы иногда на завтра то, что должны сделать сегодня?
43. Нервничаете ли вы в местах, подобных лифту, метро, туннелю?
44. При знакомстве вы обычно первыми проявляете инициативу?
45. Бывают ли у вас сильные головные боли?

46. Считаете ли вы обычно, что все само собой уладится и придет в норму?
47. Трудно ли вам заснуть ночью?
48. Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни?
49. Говорите ли вы иногда первое, что придет в голову?
50. Долго ли вы переживаете после случившегося конфуза?
51. Замкнуты ли вы обычно со всеми, кроме близких друзей?
52. Часто ли с вами случаются неприятности?
53. Любите ли вы рассказывать истории друзьям?
54. Предпочитаете ли вы больше выигрывать, чем проигрывать?
55. Часто ли вы чувствуете себя неловко в обществе людей выше вас по положению?
56. Когда обстоятельства против вас, обычно вы думаете тем не менее, что стоит еще что-либо предпринять?
57. Часто ли у вас сосет под ложечкой перед важным делом?

Интерпретации результатов.

Экстраверсия — интроверсия:

- «да» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56;
- «нет» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Нейротизм (эмоциональная стабильность — эмоциональная нестабильность):

- «да» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Шкала лжи»:

- «да» (+): 6, 24, 36;
- «нет» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Ответы, совпадающие с ключом, оцениваются в 1 балл.

Экстраверсия:

- больше 19 — яркий экстраверт;
- больше 15 — экстраверт;
- 12 — среднее значение;
- меньше 9 — интроверт;
- меньше 5 — глубокий интроверт.

### Нейротизм:

- больше 19 — очень высокий уровень нейротизма;
- больше 14 — высокий уровень нейротизма;
- 9-13 — среднее значение;
- меньше 7 — низкий уровень нейротизма.

### Ложь:

- больше 4 — неискренность в ответах, свидетельствующая также о некоторой демонстративности поведения и ориентированности испытуемого на социальное одобрение;
- меньше 4 — норма.

## Торонтская шкала алекситимии

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение:

- совершенно не согласен (1);
- скорее не согласен (2);
- ни то, ни другое (3);
- скорее согласен (4);
- совершенно согласен (5).

### Текст опросника

№	Суждение	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
---	----------	------------------------	--------------------	------------------	-----------------	---------------------

1	Когда я плачу, я всегда знаю почему	5	4	3	2	1
2	Мечты — это потеря времени	1	2	3	4	5
3	Я хотел бы быть не таким застенчивым	1	2	3	4	5
4	Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю	1	2	3	4	5
5	Я часто мечтаю о будущем	5	4	3	2	1
6	Мне кажется, что я так же легко способен заводить друзей, как и другие	5	4	3	2	1
7	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений	1	2	3	4	5
8	Мне трудно находить правильные слова для своих чувств	1	2	3	4	5
9	Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам	1	2	3	4	5
10	У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам	1	2	3	4	5
11	Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит	5	4	3	2	1
12	Я способен с легкостью описать свои чувства	5	4	3	2	1
13	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать	5	4	3	2	1
14	Когда я расстроен, я не знаю, испуган ли я, печален или зол	1	2	3	4	5
15	Я часто даю волю воображению	5	4	3	2	1
	Я провожу много	5	4	3	2	1

16	времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17	Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле	1	2	3	4	5
18	Я редко мечтаю	1	2	3	4	5
19	Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему все произошло именно так	1	2	3	4	5
20	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне четкое определение	1	2	3	4	5
21	Очень важно уметь разбираться в эмоциях	5	4	3	2	1
22	Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям	1	2	3	4	5
23	Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства	1	2	3	4	5
24	Следует искать более глубокое объяснение происходящему	5	4	3	2	1
25	Я не знаю, что происходит у меня внутри	1	2	3	4	5
26	Я часто не знаю, почему сержусь	1	2	3	4	5

Интерпретации результатов.

Принципы перевода ответов в баллы:

Вариант ответа	В прямых значениях	В обратных значениях
Совершенно не согласен	1 балл	5 баллов
Скорее не согласен	2 балла	4 балла

Ни то, ни другое	3 балла	3 балла
Скорее согласен	4 балла	2 балла
Совершенно согласен	5 баллов	1 балл

Баллы распределяются следующим образом:

Ответ	Номера утверждений
В прямых значениях	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26
В обратных значениях	1, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24

Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения — промежуточным степеням.

### Опросник депрессии Бека (BDI)

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку слева около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли все утверждения в каждой группе.

Текст опросника

Мне не грустно		У меня не потерял интерес к другим людям	
Мне грустно или тоскливо		Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми	
Мне все время тоскливо или грустно, и я ничего не могу с собой поделать		У меня потерял почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним	
Мне так грустно или печально, что я не могу этого		У меня потерял всякий интерес к другим людям, и они меня	

вынести		совершенно не заботят	
Я смотрю в будущее без особого разочарования		Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда	
Я испытываю разочарование в будущем		Я пытаюсь отсрочить принятие решений	
Я чувствую, что мне нечего ждать впереди		Принятие решений представляет для меня огромную трудность	
Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может		Я больше совсем не могу принимать решения	
Я не чувствую себя неудачником		Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно	
Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей		Меня беспокоит то, что я выгляжу старо и непривлекательно	
Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач		Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным	
Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родитель, муж, жена)		Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе	
Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности		Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше	
Ничто не радует меня так, как раньше		Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать	
Ничто больше не даст мне удовлетворения		Я с трудом заставляю себя делать что-либо	
Меня не удовлетворяет все		Я не могу выполнять никакую работу	
Я не чувствую никакой особенной вины		Я устаю ничуть не больше, чем обычно	
Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным		Я устаю быстрее, чем раньше	
У меня довольно сильное чувство вины		Я устаю от любого занятия	
Я чувствую себя очень скверным и никчемным		Я устал чем бы то ни было заниматься	
Я не испытываю разочарования в себе		Мой аппетит не хуже, чем обычно	

Я разочарован в себе		Мой аппетит не так хорош, как бывало	
У меня отвращение к себе		Мой аппетит теперь гораздо хуже	
Я ненавижу себя		У меня совсем нет аппетита	
У меня нет никаких мыслей о самоповреждении			
Я чувствую, что мне было бы лучше умереть			
У меня есть определенные планы совершения самоубийства			
Я покончу с собой при первой возможности			

Интерпретация результатов.

Первый из возможных ответов оценивайте в 0 баллов; второй — в 1 балл; третий — в 2 балла; четвертый — в 3 балла.

Уровень депрессии выше 19 баллов считается клиническим нарушением; уровень выше 24 указывает на необходимость терапии — возможно, с применением антидепрессантов.

### Гиссенский опросник соматических жалоб (полная версия)

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Перед Вами список из 57 описаний недомоганий. Отметьте в таблице выраженность каждого недомогания по принципу:

- 0 — нет;
- 1 — легкое;
- 2 — некоторое;
- 3 — значительное;
- 4 — сильное.

Текст опросника

№	Я чувствую следующие недомогания	0 нет	1 легкое	2 некоторое	3 значительное	4 сильное
1	Ощущение слабости					

2	Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца					
3	Чувство давления или переполнения в животе					
4	Склонность к плачу					
5	Зуд					
6	Обмороки					
7	Повышенная сонливость					
8	Пониженная половая возбудимость					
9	Боли в суставах и конечностях					
10	Головокружение					
11	Боли в пояснице или спине					
12	Сильная потливость					
13	Боли в шее (затылке) или плечевых суставах					
14	Нарушения ходьбы					
15	Рвота					
16	Расстройства зрения					
17	Припадки (приступы, судороги)					
18	Тошнота					
19	Увеличение веса					

20	Ощущение кома в горле, сужения горла или спазма					
21	Позывы к мочеиспусканию					
22	Кожные изменения					
23	Отрыжка					
24	Повышенная чувствительность к холоду					
25	Изжога или кислая отрыжка					
26	Спазм в руке при письме					
27	Головные боли					
28	Повышенная чувствительность к теплу					
29	Быстрая истощаемость					
30	Расстройства сна					
31	Повышенная половая возбудимость					
32	Усталость					
33	Нарушение равновесия					
34	Затруднения при глотании					
35	Кашель					

36	Чувство оглушенности (помрачение сознания)					
37	Онемение конечностей (омертвление, жжение или мурашки, покалывание в кистях рук и стопах)					
38	Запоры					
39	Отсутствие аппетита					
40	Приступы жара, приливы крови					
41	Чувство тяжести или усталости в ногах					
42	Вялость					
43	Поносы					
44	Параличи					
45	Колющие или тянущие боли в груди					
46	Дрожание					
47	Боли в горле					
48	Легкое покраснение					
49	Холодные ноги (ступни)					
50	5 Волчий голод					
	Боли в желудке					

51						
52	Приступы одышки (удушья)					
53	Боли в нижней части живота					
54	Уменьшение веса					
55	Ощущение давления в голове					
56	Сердечные приступы					

Интерпретация результатов.

На основании результатов факторного анализа методики было выделено 4 основные шкалы и 5-я дополнительная. В указанные шкалы вошли только 24 пункта опросника из 57. Каждая из 4 основных шкал включает 6 пунктов, 5-я дополнительная шкала представляет собой суммарный показатель и включает все 24 пункта, вошедшие в 4 основные шкалы. Ниже приводится сводный перечень шкал.

Шкала 1 — «истощение» (И) (вопросы 1, 7, 29, 32, 36, 42). Показатель этой шкалы характеризует неспецифический фактор истощения, субъективное представление человека о наличии/потере жизненной энергии и потребность в помощи. Коррелирует с депрессивным состоянием, алекситимией.

Шкала 2 — «желудочные жалобы» (Ж) (вопросы 3, 15, 18, 23, 25, 51). Эта шкала отражает выраженность нервных (психосоматических) желудочных недугований (эпигастральный синдром).

Шкала 3 — «боли в различных частях тела» или «ревматический фактор» (Р) (вопросы 9, 11, 13, 27, 41, 55). Шкала выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

Шкала 4 — «сердечные жалобы» (С) (вопросы 2, 10, 20, 45, 52, 56). Обычно у здоровых испытуемых сердечные жалобы наиболее необоснованны. Шкала указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

Высокий балл по шкале свидетельствует о приписывании себе несуществующих симптомов с целью привлечь внимание или обратиться за помощью.

Шкала 5 — «давление» (интенсивность) жалоб (Д). Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы и представляет собой интегральную оценку 4 предыдущих шкал. Шкала характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода — как «давление жалоб». Хорошо коррелирует с депрессией, алекситимией, личностной тревожностью.

Оценка для первых четырех шкал находится в диапазоне от 0 до 24 баллов (каждая шкала содержит 6 пунктов), для 5-й шкалы оценка может варьировать от 0 до 96. нормативов для отдельных шкал не предусмотрено.

Для выяснения основных тенденций оценивается общий балл (шкала 5, суммарный показатель четырех предыдущих) исходя из того, что при максимально возможной сумме в 96 баллов среди здоровых людей 50% имеет менее 14 баллов, 75% — менее 20 баллов, 100% — менее 40 баллов.

### **Визуально-аналоговая шкала М.Р. Jensen**

Инструкция к проведению тестирования для пациента.

Шкала представляет собой непрерывный отрезок длиной 10 см, начальная отметка которого соответствует полному отсутствию болевого ощущения, а конечная точка отражает нестерпимую боль. Отметьте, на шкале значение, соответствующее состоянию уровня боли в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах в настоящее время.



Интерпретация результатов.

Согласно классификации М.Р. Jensen:

- 0-4 мм – нет боли;

- 5-44 мм – слабая боль;
- 45-74 мм – умеренная боль;
- 75-100 мм – сильная боль.

При этом слабая боль соответствует 1,00-4,99 баллам (по цифровой оценочной шкале от 0 до 10 баллов), умеренная – 5,00-6,99 баллам, сильная – 7,00-10 баллам.